

Faculté de Médecine de Paris

15

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 novembre 1893, à 1 heure

Par A. BRON

Né à Crazannes (Charente-Inférieure), le 7 décembre 1867
Ancien externe des hôpitaux

DE LA

COMPRESSION DU DUODÉNUM ET DES ACCIDENTS QUI EN RÉSULTENT

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } CH. RICHER, professeur.
 } DELBET, ANDRÉ, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, Rue Racine, 15

1893

Faculté de Médecine de Paris

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 novembre 1893, à 1 heure

Par A. BRON

Né à Crazannes (Charente-Inférieure), le 7 décembre 1867
Ancien externe des hôpitaux

DE LA

COMPRESSION DU DUODÉNUM ET DES ACCIDENTS QUI EN RÉSULTENT

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { CH. RICHER, professeur.
 { DELBET, ANDRÉ, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILÉAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	RETTÉRE	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A M. LE PROFESSEUR TILLAUX

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR TRÉLAT

A M. LE D^r CH. MONOD (EXTERNAT 1892-93)

A M. LE D^r DUCASTEL (EXTERNAT 1890-91)

A M. LE D^r RENDU

A M. LE D^r TH. ANGER

A M. LE PROFESSEUR TARNIER

A M. LE D^r TENNESSON

A M. LE D^r J. SIMON

A M. LE D^r LETULLE

A M. LE D^r CHAUFFARD



DE LA COMPRESSION
DU DUODÉNUM

ET DES ACCIDENTS QUI EN RÉSULTENT

PRÉFACE

C'est surtout à la fin des études médicales, quand il peut saisir d'un regard d'ensemble les diverses connaissances qu'il a peu à peu amassées, que l'étudiant comprend l'importance et la beauté des leçons qu'il a reçues ; c'est au moment où il va les quitter, qu'il apprécie le mieux la valeur des hommes au milieu desquels il a vécu.

Pour nous, du moins, ce n'est pas sans regret que nous voyons approcher cette heure ; et si quelque chose nous en console, c'est de pouvoir aujourd'hui publiquement remercier tous ceux dont nous avons suivi l'enseignement.

Nous leur offrons humblement ici l'hommage de notre

plus respectueuse reconnaissance, et nous emporterons pour ne jamais l'oublier le souvenir des six années passées au milieu d'eux.

Nous avons été d'abord initié à la chirurgie par M. le Dr Théophile Anger, à l'hôpital Cochin, et par le regretté professeur Ulysse Trélat, à la Charité, aidé des bons conseils de MM. Walther et Chipault; puis à la médecine grâce aux leçons de M. le Dr Rendu à l'hôpital Necker, de MM. les Drs J. Simon, Tennesson, Chauffard, de M. le Dr du Castel, chez qui nous étions externe, et qui ne cessa de nous témoigner tant de bienveillance.

C'est aussi avec le plus grand intérêt que nous avons suivi comme stagiaire les cliniques obstétricales de M. le professeur Tarnier.

Une année d'externat chez M. le Dr Ch. Monod à Saint-Antoine nous a paru bien courte, et nous nous souviendrons toujours de l'affabilité paternelle de ce maître. Nous remercions aussi son interne M. Jayle, dont le concours éclairé nous fut si précieux.

M. le Dr Lavieille fut constamment pour nous un indulgent ami nous prodiguant ses judicieux conseils : il sait quelle grande part de gratitude et de respectueuse affection nous lui conserverons toujours.

Nous remercions également M. le Dr Letulle, dont la courtoisie délicate est si hautement appréciée de tous ceux qui le connaissent, et qui a bien voulu nous diriger dans la composition de cette thèse.

Et nous offrons enfin à M. le professeur Tillaux, pour l'honneur qu'il nous a fait en daignant en accepter la présidence, l'expression de nos plus profonds remerciements.



INTRODUCTION

Le point de départ de la modeste étude que nous entreprenons se trouve dans trois observations inédites, recueillies dans le service de M. le D^r Letulle.

Il s'agit de trois malades chez lesquels le duodénum se trouvait comprimé, deux fois par un groupe de ganglions rétro-duodénaux, une fois par des adhérences survenues au cours d'une péritonite tuberculeuse. Cette compression donna naissance à un tableau symptomatique simulant une occlusion intestinale, et se terminant dans deux cas par la mort.

Ces faits nous donnèrent l'idée d'étudier la pathologie de ces compressions, et de chercher dans les auteurs les observations et les remarques publiées à ce sujet.

Nos recherches nous permettent de penser que la compression du duodénum, d'origine extra-intestinale, sans être très fréquente, se rencontre néanmoins de temps en temps ; et que bien souvent peut-être des malades dont on a attribué la mort à de la péritonite par exemple, ont été emportés par des accidents dûs à une compression duodénale.

Cette confusion s'explique aisément par la similitude des symptômes que l'on rencontre dans la compression duodénale d'une part, la péritonite ou l'étranglement

interne d'autre part. Plus facile sera encore l'erreur, si comme dans notre observation II, la péritonite est elle-même la cause de la compression du duodénum : dans ce cas particulièrement remarquable, la laparotomie fut pratiquée dans le but, soit de lever l'obstacle supposé au niveau du pylore, soit de créer une gastro-entérostomie. L'abdomen ouvert, on reconnut une péritonite tuberculeuse, et le ventre fut refermé, parce qu'on pensa que les tubercules péritonéaux pouvaient à eux seuls expliquer tous les accidents. L'autopsie vint démontrer qu'il n'en était point ainsi, et que le malade avait réellement succombé à une compression duodénale, causée, au reste, par des brides de péritonite tuberculeuse.

En fait, il faut, pour songer à la compression du duodénum, être prévenu de son existence ; et peut-être alors l'étude attentive de la marche de la maladie, l'analyse approfondie des symptômes, l'exploration méthodique de l'abdomen, pourront permettre de porter le diagnostic exact, et de pratiquer une intervention utile.

Tout notre but est d'attirer l'attention sur ce point peu connu de la pathologie abdominale. Dans ce modeste essai, nous avons tenté d'exquisser la symptomatologie de cette intéressante affection, d'en étudier les formes, d'en établir le diagnostic et le pronostic, et enfin d'en tirer quelques conclusions au point de vue du traitement qui peut lui être appliqué.





HISTORIQUE

Les compressions de l'intestin, et du duodénum en particulier, ne sont point un sujet nouveau. Bien qu'on ne trouve guère d'écrits traitant spécialement cette question, plusieurs observateurs les ont remarquées et d'aucuns en ont fait mention, soit d'une façon particulière, soit au milieu d'autres considérations.

Morgagni s'est expliqué clairement sur le sujet qui nous occupe, et dans son « *De sedibus et causis morborum* » (1761), à la XXX^e lettre (*De vomitu*), ainsi que dans la XXIX^e, il se livre à d'intéressantes réflexions sur le vomissement provenant d'affections du pancréas; il dit nettement que la compression du duodénum par la tête du pancréas, atteinte de quelque altération cancéreuse ou autre, est une cause de vomissements opiniâtres. Il a vu l'estomac dilaté; et il dit que l'une des difficultés qui empêchent de bien sentir les tumeurs du pancréas est justement l'estomac gonflé par des vents.

« Le vomissement peut encore être produit par le pancréas d'une autre manière, par exemple, si l'intestin cité (1), contre lequel il s'applique par son extrémité la

1. Le duodénum.

plus large est irrité ou comprimé par sa rudesse et sa dureté, ou par l'augmentation de son volume, de la manière qui a été indiquée à l'occasion de l'estomac. D'après cela ou d'après d'autres considérations de cette espèce, il vous sera permis d'expliquer la plupart des histoires qui ont rapport à ceci, surtout celles dans lesquelles il existait en même temps une lésion du pancréas et de l'intestin duodénum.

Soit que cet intestin soit rétréci par la compression, soit qu'il ne puisse nullement se contracter parce que ses tuniques sont squirrheuses, le même effet résulte de ces causes opposées, c'est-à-dire que ce qui doit sortir de l'estomac éprouvant plus de difficulté à être reçu ou à être poussé plus avant, il reste dans ce viscère la plus grande partie de ces substances, qui, s'y altérant ou devenant incommodes ou onéreuses par leur séjour, le provoquent au vomissement. » (Traduction Destouet, 1825).

Dans un numéro de la *Gazette des Hôpitaux* de 1832, on trouve cité le cas d'un malade de l'hôpital Cochin qui était depuis longtemps atteint de régurgitations, de fièvre, et qui était porteur d'une tumeur appréciable au niveau de l'épigastre. A l'autopsie on trouva un cancer du pancréas qui, par son contact de plus en plus intime avec le duodénum, s'était propagé à la première partie de ce dernier.

Rokitansky, en 1837, admet 3 espèces d'étranglements internes des intestins, d'après leurs caractères anatomiques :

Première espèce. — Rétrécissement par pression d'une autre partie de l'intestin ou du mésentère, agissant de manière à le serrer contre le point opposé de la paroi

abdominale (selon lui, la pression doit surtout s'exercer dans la direction de la paroi postérieure et résistante de l'abdomen, et celle qui s'exercerait en sens contraire n'aurait que des effets passagers et peu marqués).

Deuxième espèce. — Par rotation d'une anse intestinale (étranglement rotatoire).

Troisième espèce. — Etranglement par des ouvertures normales ou accidentelles.

Il cite plusieurs observations où, sans que le mot de duodénum soit prononcé, il y a bien lieu de croire que ce soit cette partie de l'intestin qui ait été bien comprimée.

En 1846, nous trouvons un article de la *Gazette médicale* qui traite des compressions intestinales par tumeurs de l'abdomen, et fait mention de la dilatation de la portion du tube digestif qui est située au-dessus du point comprimé; qui note de même l'atrophie et quelquefois l'oblitération complète de la portion située au-dessous, et les adhérences péritonéales développées autour du point où est l'obstacle. Quelquefois il se produit une perforation, mais souvent les sujets meurent simplement du fait de cette compression.

Benj. Philipps, dans le *London medico-chirurg. transact.*, de 1848, fait un relevé des formes d'obstruction intestinale, et de leur fréquence relative, accordant une assez large part aux compressions par tumeurs extra-intestinales et brides de diverses natures.

En 1850, Chomel cite également la compression comme une cause d'accidents d'obstruction intestinale, et Boulard, dans un numéro de l'*Union médicale*, cite un cas

de compression de l'intestin grêle par une tumeur, sans aucune altération des parois de l'intestin, ayant produit tous les signes de l'étranglement.

Nous retrouvons ensuite cette question plus ou moins étudiée dans les ouvrages de Daubeuf, Vesselle, Combessis, en 1852, et surtout de Besnier en 1857 et Duchaussoy en 1860.

Daubeuf, dans sa thèse *sur l'étranglement des intestins*, cite le cas de l'illustre Chopart emporté par les accidents de l'étranglement d'une anse intestinale entre le mésentère et la colonne vertébrale, et dit : « quand les vomissements toujours opiniâtres, incessants, restent bilieux, ou muqueux, il est infiniment probable que l'étranglement porte sur l'intestin grêle, et même sur une portion assez élevée de cet intestin. »

Vesselle s'occupe de l'action compressive du pancréas hypertrophié sur divers organes, et notamment sur le pylore et le duodénum, signalant quelques-uns des accidents qui résultent de cette compression.

Combessis, présente à la société anatomique, en 1852, les pièces pathologiques d'un anévrysme de l'aorte abdominale, qui, situé juste au niveau du pancréas, était adhérent à la troisième portion du duodénum, et avait produit durant la vie des troubles dyspeptiques du genre de ceux qui nous occupent.

Dans la thèse de M. Besnier, en 1859, on trouve des renseignements précieux au sujet du diagnostic des obstructions intestinales, et de la détermination du point où siège l'obstacle.

Le beau mémoire de Duchaussoy, couronné par l'Aca-

démie en 1860, donne des chiffres précis sur les proportions qui existent entre les différentes formes d'occlusions, et fait une place pour les compressions, en particulier pour celle du duodénum.

Nous trouvons enfin des détails intéressant de plus ou moins près notre sujet dans des thèses ou ouvrages plus récents, qu'il serait long d'énumérer ici, mais dont nous transcrivons les noms au chapitre de la bibliographie. Nous ferons cependant encore une place toute particulière pour la thèse d'agrégation de M. le D^r Pèyrot, en 1880, que nous avons très-fructueusement consultée ; ainsi que pour les ouvrages classiques modernes, parmi lesquels nous citerons surtout les leçons de chirurgie clinique de M. le professeur Tillaux.

Les compressions du duodénum sont donc connues depuis assez longtemps, et ont été constatées par beaucoup de chirurgiens et de médecins ; mais presque tous se sont contentés de les mentionner accidentellement, sans s'y arrêter d'une façon spéciale. Or nous avons pensé que cette affection, dont les conséquences sont d'un pronostic si sérieux, méritait d'être étudiée encore, et appuyée sur le plus grand nombre possible de faits : trois observations nouvelles s'étant présentées, nous les avons recueillies avec empressement, pour en faire le sujet de cette thèse.





ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — PATHOGÉNIE. ÉTIOLOGIE

Il suffit de réfléchir un instant à l'anatomie topographique du duodénum, pour se rendre compte de la facilité relative avec laquelle il pourra se trouver soumis à des compressions de la part des nombreux organes qui l'entourent.

En effet, il est immobilisé, fixé aux parois de la cavité abdominale par le péritoine ; aussi les compressions qu'il aura à supporter de la part des organes avec lesquels il est en rapport, seront-elles bien plus fréquentes que celles des autres parties de l'intestin, comme le jéjunum et l'iléon, qui, très mobiles, fuient devant l'agent compresseur. Celles-ci seront plus souvent étranglées par des brides épiploïques, des nœuds, des diverticules, ou tordues, imaginées ; le duodénum au contraire, plus souvent comprimé.

Tenant à l'estomac par son extrémité supérieure, fixé au-devant de la colonne vertébrale dans ses deux dernières portions, il n'est libre que sur une faible étendue, constituée par sa première portion et un peu de la seconde. Encore à cet endroit est-il en rapport avec la tête du pancréas qu'il contourne, et qui limite sa mobilité

en dedans, pendant que le rein, le foie, lui opposent une résistance du côté externe.

Que l'un quelconque de ces viscères subisse une hypertrophie, un déplacement, et aussitôt, on le conçoit sans peine, le duodénum subira des tiraillements ou des compressions qui devront modifier son calibre et apporter un obstacle au cours normal des matières qu'il contient.

L'anatomie nous montre la chose vraisemblable ; les observations que la clinique a permis de faire en attestent la réalité. Nous en verrons tout à l'heure des exemples.

Henrot, dans la thèse (1865) sur les « *pseudo-étranglements intestinaux* » classe ainsi les causes de l'occlusion mécanique de l'intestin par compression : A. Compression par tumeur abdominale (amas de ganglions mésentériques tuberculeux ; tumeurs du pancréas, de l'ovaire, de l'utérus, etc.,) ; B. Compression par déplacement d'organe (déplacement de la rate).

C'est également cet ordre que nous suivrons, et nous décrirons :

1° Les compressions du duodénum par tumeurs (solides ou liquides) ;

2° Les compressions par organes déplacés.

Nous laisserons de côté les obstructions par corps étrangers, soit venus du dehors, soit développés dans la cavité de l'intestin, ainsi que les rétrécissements ou oblitérations par hypertrophie, épaissement, dégénérescence, cicatrice, polypes, kystes... des parois, qui n'offrent guère d'intérêt particulier pour notre sujet : les invaginations ou intussusceptions, dont le duodénum, en raison de sa fixité, est difficilement atteint, de même que le volvulus, la

flexion anormale, l'étranglement rotatoire de Rokitansky. Pour la même raison, nous ne nous occuperons pas de l'étranglement par passage dans une ouverture normale ou accidentelle, ni de l'occlusion par paralysie de l'intestin.

Notre étude se bornera donc aux agents capables de produire véritablement de la compression, c'est-à-dire qui, extérieurs au duodénum, et pressant sur l'une de ses parois, refoulent celle-ci avec plus ou moins d'énergie, l'appliquent sur la paroi opposée, et donnent lieu par ce fait à un certain cortège d'accidents que nous passerons en revue.

I. — *Compression du duodénum par tumeurs.*

De toutes les observations que nous avons pu recueillir ou que nous avons trouvées citées dans les auteurs, il semble ressortir que la cause la plus fréquente des compressions duodénales est le pancréas (Voir les observations nos XI, XII, XIII et XIV). C'est surtout le cancer de la tête du pancréas qui doit être le plus souvent mis en cause, et nous en avons trouvé de fréquents exemples. Nous extrayons le passage suivant de la thèse de Parisot (1891), sur le cancer du pancréas : « Sans se propager directement au duodénum, l'épithélioma du pancréas peut enserrer cette portion de l'intestin au point d'y rendre très difficile la circulation du chyme. De là, dilatation considérable de l'estomac, qui finit par occuper la plus grande partie de l'abdomen ».

Vesselle dit de même dans sa thèse *Sur le cancer du*

pancréas, en 1852 : « Les effets produits par le squirrhe du pancréas sur les parties qui l'entourent varient suivant les organes sur lesquels s'exerce la compression. Si c'est le pylore, l'estomac peut se dilater énormément, et le plus souvent alors il y a des vomissements opiniâtres. Lorsque c'est la portion inférieure du duodénum qui est comprimée, le passage de la bile dans les intestins n'a plus lieu, et elle est rejetée avec les aliments.

Roux, dans sa thèse *Sur le cancer et les kystes du pancréas* (1891), signale comme principaux accidents des altérations de cet organe, la compression du duodénum et par suite la dilatation stomacale.

Richardson (*Boston, med journ.*, 1892), cite un cas de constipation et de vomissements opiniâtres opéré pour le diagnostic d'occlusion intestinale et où l'on trouve à l'autopsie un kyste du pancréas.

Larguier des Bancels, dans sa thèse (1870) dit, au sujet des causes de la compression : « Des tumeurs intra-abdominales ou des organes déplacés aplatissent les parois de l'intestin, et par conséquent diminuent plus ou moins le calibre, ganglions mésentériques, pancréas, ovaire, utérus, foie, système osseux. »

Enfin à côté des tumeurs ou kystes, notons les hypertrophies du pancréas, peu connues dans leur cause et leur évolution.

Les tumeurs du mésentère, de l'épiploon, du péritoine et des ganglions mésentériques (cancers, lipômes, kystes, masses tuberculeuses ou cancéreuses) compriment fréquemment le duodénum.

On trouve dans la thèse d'agrégation de M. Augagneur

(1886), sur les « *Tumeurs du mésentère* » : « [La tumeur] comprime à droite le duodénum au-dessous de l'ampoule de Vater, ce qui rend compte des vomissements bilieux devenus à la fin incoercibles, la bile étant forcée de remonter dans l'estomac à mesure qu'elle s'écoulait de l'intestin. » (Voir obs. XVI).

Dans l'observation II, qui est inédite, il s'agissait de péritonite enkystée comprimant manifestement le duodénum ; dans les observations I et III, qui nous sont également personnelles, on avait affaire à des masses ganglionnaires. Dans les observations de Kunderat (n^{os} IV, V et VI), c'est encore le mésentère qui étranglait le duodénum.

La péritonite adhésive produit souvent de la compression, et même de la striction en masse du duodénum. Citons seulement les observations de Lusseau (Thèse de 1879, sur l'*occlusion intestinale* (Voir obs. VIII), et cette autre, empruntée au *Guy's Hospital Reports*, 1846 (obs. X).

Il faut de même incriminer fréquemment le rein droit, dans les cas de tumeur (kyste, cancer) ou d'hydronéphrose, qui viennent presser sur la deuxième portion du duodénum.

Fontan, dans sa thèse sur les *kystes du rein* (1875), s'exprime ainsi : « Des troubles des voies digestives se montrent à une certaine période de la maladie ; il y a fort souvent des douleurs épigastriques, des vomissements, de la diarrhée. Ces symptômes se rattachent à la compression exercée par la tumeur et la gêne qu'elle amène dans la circulation abdominale. »

Des altérations du foie et de la vésicule biliaire sont susceptibles aussi de comprimer le duodénum. On cite

plusieurs cas de lithiase biliaire accompagnés de douleurs, de vomissements et de constipation, où très probablement il existait de la compression duodénale. Piriou (Th. 1868) signale des compressions produites par le foie tuméfié par des masses encéphaliques; et Codet, dans sa thèse (1881) note de même les kystes hydatiques de la face inférieure du foie, surtout du lobe carré ou antérieur, qui est en rapport avec la première portion du duodénum et peut ainsi la comprimer.

Toutefois la compression sera plus difficile de la part de ces deux organes, étant donné la mobilité de la portion du duodénum qui les touche. Mais, comme le fait remarquer Pech dans sa thèse (1879) sur les accidents dûs à la présence de calculs dans la vésicule biliaire, le fond de la vésicule, distendu, contracte avec le duodénum des rapports de plus en plus intimes : il se produit alors de la péritonite partielle, qui empêche l'intestin de se dérober à la pression, et l'assujettira à tous les accidents qui en résulteront.

Les cas de compression et d'étranglement par une anse intestinale, accompagnée de péritonite ou atteinte de dégénérescence (polypeuse, carcinomateuse ou kystique), sont assez fréquents. Hensch a rapporté un cas de compression du duodénum contre la colonne vertébrale par un mésentère long.

Bien des fois dans les cancers de l'estomac, de la grande courbure, du pylore, on a vu des vomissements incoercibles, de la constipation, etc., qu'on aurait peut-être pu, non sans raison, attribuer pour une certaine part à la compression qu'exerçait la tumeur sur le duodé-

num. Ainsi, par exemple, dans un cas présenté par M. Trekaki à la Société anatomique en 1890.

L'estomac dilaté, modifiant sa direction, ou agissant par son poids, peut aussi tirer sur la première portion du duodénum et l'entraîner. Cette portion, dit M. Sappey, est la plus mobile; elle devient quelquefois le siège de déplacements peu étendus et consécutifs aux déplacements de l'estomac. Les deux autres portions sont d'une fixité presque complète.

La rate hypertrophiée, mais non déplacée, semble difficilement capable de comprimer le duodénum.

Nous ne connaissons pas non plus d'exemple de compression provenant directement de l'utérus, des ovaires, de la vessie, ni du système osseux.

L'aorte abdominale atteinte d'anévrysme peut être un agent sérieux de compression duodénale. Dacquet (Th. 1890), a vu plusieurs cas d'anévrysmes de l'aorte abdominale situés juste en arrière du pancréas, comprimant l'intestin, et s'accompagnant de troubles gastriques : dilatation stomacale, alternatives de constipation et de diarrhée, quelquefois coliques et douleurs. « Dans des cas, heureusement très rares, de l'occlusion intestinale. » On verra plus loin un autre cas analogue, rapporté par Combessis en 1852 à la Société anatomique.

Diverses tumeurs inflammatoires, les kystes hydatiques, les phlegmons profonds de l'abdomen (Peyrot), les néoplasmes rétropéritonéaux (Piolo), peuvent donner lieu à de la compression du côté du duodénum.

Citons enfin les tumeurs de la paroi abdominale, lipômes, fibrômes, etc. (Voir Obs. XVII).

II. — *Compression du duodénum par organes déplacés.*

La plupart des viscères contenus dans la cavité abdominale sont susceptibles de déplacements plus ou moins étendus, les uns physiologiques, les autres du domaine de la pathologie. Tous n'ont pas la même importance pour nous.

Au premier rang nous citerons le rein, et surtout le rein droit, dont les migrations favorisent la compression du duodénum par cet organe, situé immédiatement en arrière de sa deuxième portion. La néphroptose est un accident assez fréquent, surtout chez la femme, et qui s'accompagne en général d'une hypertrophie rénale. Probablement la compression du duodénum est pour quelque chose dans ces perturbations gastro-intestinales qui compliquent le rein mobile. Il existe, en effet, chez les malades atteints de rein mobile, surtout du côté droit, des crises gastriques, qui surviennent généralement au moment de la digestion, se manifestent par des vomissements et une intolérance absolue, et sont calmés par le repos au lit (observation de M. Mathieu).

Ces malades sont sujets à des alternatives de débacle et de constipation, à de l'ectasie gastrique, dont les uns font la cause, et les autres le résultat des troubles gastriques. Dans tous les cas, la fixation (prothétique ou opératoire) du rein fait disparaître ces accidents.

Weill (*Lyon médical*, 1890), cite un cas de déviation rénale, où le duodénum se trouvait comprimé et l'estomac dilaté ; vomissements, etc. (Obs. IX).

Larguier des Bancels (Th. 1870), signale le rein mobile comme une cause de compression intestinale.

Paraggi (Th. 1892) signale comme conséquences de la néphroptose du tiraillement sur l'intestin et l'estomac, des troubles dyspeptiques et de la dilatation stomacale.

La rate mobile a été notée par Larguier des Bancels (cas de Pétrequin) comme agent compresseur de l'intestin ; par Giriou, qui en signale en même temps l'hypertrophie.

Enfin Alonzo, en 1846, a signalé un cas de compression intestinale par rate et pancréas déplacés.

Dans ces dernières années, on a signalé plusieurs cas d'hépatoptose, mais nous n'avons pu savoir si on avait noté des phénomènes de compression duodénale.

*
* *

Maintenant que nous connaissons les agents capables de comprimer le duodénum, voyons comment se produisent ces compressions, dans quelles conditions, et quels en sont les résultats.

Nous aurons à considérer la nature de l'agent compresseur, sa forme, son degré d'énergie, le temps pendant lequel son influence s'est faite sentir ; et d'autre part la disposition, l'étendue, la situation de la partie comprimée ; enfin les altérations des parties et des organes voisins.

Considérons donc l'agent compresseur. S'il est solidement fixé, résistant, dur, comme un cancer de la tête du pancréas, par exemple, la compression se fera lentement, progressi-

vement, sans rémissions, et sera d'autant plus accentuée que l'organe en cause sera plus volumineux et muni de tendances hypertrophiques. S'il est dur, mais assez mobile, sujet à des alternatives de déplacement dans un sens, puis dans un autre, comme un rein mobile, nous trouverons une compression qui pourra être très énergique, mais qui souffrira certaines rémissions. L'intestin reprendra plus ou moins ses fonctions pendant ces périodes d'accalmie, il se fera moins facilement des adhérences, et le malade sera soumis à des alternatives de débâcle et de constipation. Ces agents, grâce à leur mobilité, seront donc moins dangereux que les premiers ; aussi quelquefois une tumeur qui n'est pas bridée et immobilisée peut atteindre un énorme développement sans rien produire.

Si l'on a affaire à une tumeur, — cancéreuse, par exemple, — qui a des tendances à l'extension, la compression n'en sera que plus dangereuse, parce que, surtout si elle est fixe, le néoplasme se propagera probablement à la paroi duodénale qui le supporte. C'est ce que l'on remarque assez fréquemment dans les cancers du pancréas.

Le temps pendant lequel la compression s'exerce peut aussi avoir une influence plus ou moins grande sur la marche des accidents ; le malade dont le duodénum subit des compressions intermittentes court moins de dangers, — généralement, — que celui dont la tumeur, immobile, est de jour en jour plus pressante. On voit du reste, de grandes différences suivant les cas.

Quant à la partie comprimée, elle est en général plus ou moins enflammée et turgescence ; et on y peut voir de fines arborisations artérielles. L'intestin se trouve la

plupart du temps aplati, d'autres fois comprimé en demi-cercle, ou même plissé en manière de bourse, surtout lorsqu'il s'est fait des adhérences.

La compression peut s'être étendue sur un plus ou moins grand espace, selon la dimension de l'agent qui l'a produite, et plus ou moins complète. On comprend que le cours des matières fécales subira des interruptions en rapport direct avec ces variations, et l'obstruction sera d'autant plus complète qu'on trouvera réunies les causes les plus graves de forme, d'énergie, de temps. L'oblitération absolue, qu'on ne trouve guère qu'à l'état de disposition congénitale, est incompatible avec la vie.

Le premier résultat de cette obstruction est de favoriser l'agglomération des matières dans la portion du tube digestif située immédiatement au-dessus.

Il se produit dès lors une tension des parois, qui les dilate peu à peu, d'autant plus énergiquement que la compression est plus lente, plus énergique, plus continue. On sait du reste que c'est ce qui se passe aussi quand une portion quelconque de l'intestin est comprimée. Mais ici les choses prennent une gravité plus grande en raison de la brièveté de l'intestin au-dessus du rétrécissement.

Cette dilatation de la portion duodénale sus-jacente peut atteindre des proportions énormes, et on l'a vue plusieurs fois comparée à un second estomac ; dans notre observation II, nous montrons un duodénum que nous avons dessiné d'après nature, et qui mesurait 9 centimètres de diamètre. Dans un cas où le commencement de l'iléon était presque complètement oblitéré par une tumeur, M. Andral a trouvé le duodénum aussi volumineux que

l'estomac à sa portion pylorique (*Anat. path.*, T. II).

A côté de cette dilatation, on note en général un épaissement assez considérable des parois de l'intestin, dû surtout à l'hypertrophie de la tunique musculieuse (Nouët).

M. Cruveilhier cite aussi la dilatation de l'intestin par suite de la compression de cet organe, avec l'intermittence des accidents, les contractions douloureuses et convulsives, les crises d'étranglement qui précèdent et accompagnent la débâcle. Pourtant la dilatation n'est pas toujours en raison directe de l'obstacle apporté au cours des matières ; celles-ci peuvent se liquéfier, se fractionner, de manière à franchir le point rétréci du canal. M. Cruveilhier cite un cas de ce genre : rétrécissement aussi considérable que possible, avec une quantité énorme de noyaux de cerises, qui faisaient obstruction ; les matières filtraient comme à travers un crible, et ne s'étaient nullement accumulées au-dessus de l'obstacle ; aussi n'y avait-il point de dilatation.

En même temps, la courbure duodénale est souvent modifiée (Weill).

Au nombre des principaux accidents qui résultent de la compression duodénale, se place la dilatation de l'estomac, dilatation qui a été observée et notée dans presque tous les cas, et qui atteint souvent des dimensions considérables ; selon la rapidité et l'intensité des phénomènes compressifs, l'ectasie gastrique peut être faible ou au contraire énorme, aiguë ou chronique.

Un des malades du service de M. Letulle, dont nous rapportons l'observation, semble avoir succombé à une dilatation aiguë de l'estomac consécutive à la compression duodénale.

Il peut survenir aussi une rupture de l'estomac distendu (Observ. de Roux).

Quant au pylore, il subit presque toujours, lui aussi, l'influence de ces désordres; quelquefois rétréci, il est souvent dilaté d'une façon extrême, et laisse un libre passage entre les matières qui encombrant l'estomac et la portion du duodénum sus-jacente au point oblitéré.

Ces matières, analogues à celles que les malades rendent dans leurs vomissements, sont constituées par des substances alimentaires, et souvent aussi par de la bile et du suc pancréatique. Nous disons souvent; et, en effet, les compressions s'exercent plus fréquemment sur la fin du duodénum que sur sa première partie; donc les liquides biliaires et pancréatiques seront dans la majeure partie des cas retenus dans la partie supérieure de l'intestin; de là, ils passeront sans peine dans l'estomac, surtout si ce viscère subit une de ces véritables dislocations comme on en voit assez fréquemment, qui lui impriment un mouvement de bascule, et viennent placer le pylore dans un plan inférieur à celui de l'ampoule de Vater.

Weill (*Lyon médical*, 1890), traite cette question du refoulement continu de la bile dans l'estomac. Il cite l'observation d'une dame âgée de 43 ans, qui pendant quatre ans resta sujette à deux ordres de symptômes : 15 jours par mois, maux de tête continuels; les 15 autres jours, elle a 4 ou 5 fois par semaine un vomissement alimentaire succédant immédiatement au repas; et de temps à autre, lors du repas, un vomissement nauséux d'une mousse blanchâtre.

Puis surviennent des régurgitations bilieuses, suivies à

bref délai d'une intolérance absolue de l'estomac, et d'amaigrissement. L'exploration de l'estomac y révèle la présence constante d'une grande quantité de bile. Il se rattache à l'idée d'un trouble mécanique, d'un changement de rapports entre l'estomac et le duodénum. La bile reprend son cours normal par le port d'une ceinture relevant le paquet intestinal.

Tandis qu'au-dessus du point comprimé, il y a en général des traces de congestion et même d'inflammation (Nouët), au-dessous au contraire l'intestin est sain, mais décoloré, affaissé, revenu sur lui-même, ne contenant presque rien, quelquefois atrophié d'une notable façon.

Et enfin autour du point où porte la compression, nous noterons, dans une forte proportion, de la péritonite de voisinage qui crée des adhérences entre les parties comprimantes et comprimées, qui rend leur contact de plus en plus intime et les effets de plus en plus funestes.

*
* *

Quant à ce qui est de l'étiologie, voici ce que dit Rokitsky : « Aucun âge n'exclut la possibilité du développement d'un étranglement interne ; cette affection se rencontre néanmoins plus fréquemment dans un âge moyen ou avancé. »

Voici les proportions que donne Benj. Philipps (1848), dans les différentes formes d'occlusion intestinale : sur 169 cas, on compte 63 invaginations, 16 obstructions par tumeurs extérieures à l'intestin, 19 par maladies des parois de l'intestin, 11 par tumeurs intestinales, matières

endurcies ou concrétions, 60 par constrictions ou entortillement.

Dans son mémoire couronné à l'Académie de médecine en 1860, Duchaussoy note parmi 518 cas d'occlusion, 22 exemples par compressions viscérales autres que l'intestin et ses annexes, dont un cas portant sur le duodénum.

Haven, sur 5 cas, signale aussi un cas intéressant le duodénum.

Selon Nouët (Th. 1874), les femmes y seraient plus sujettes que les hommes, sans doute parce qu'elles sont plus sujettes que ceux-ci à l'inflammation des viscères pelviens et abdominaux. L'âge des malades serait en général de 30 à 40 ans.

C'est aussi ce qui semble ressortir des observations que nous avons pu recueillir. Le rein mobile (surtout le rein droit), étant plus fréquent chez la femme que chez l'homme : 61/9 (Desfontaines. Th. 1874), nous trouverons là encore une raison à cette différence. L'abus du corset, comprimant le foie et l'estomac, qui à leur tour, comprimeront le duodénum, doit être assez sérieusement incriminé.

Selon Ducluzeaux (Th. 1880), les femmes qui font usage d'un corset trop serré, et les militaires qui se compriment la taille avec un ceinturon trop étroit, sont sujets à voir leurs reins se déplacer, surtout le rein droit ; celui-ci, qui est normalement en rapport avec la portion descendante du duodénum, comprime dès lors cette partie de l'intestin, en se portant en avant et en dedans. Le rétrécissement ainsi produit amène, dit-il, aussi la dilatation

de l'estomac. Si le rein continue à descendre jusque dans le petit bassin, la compression peut disparaître, ainsi que les symptômes qui en résultent.

Enfin les écarts de régime de toute nature ne seront pas sans influence sur l'éclosion des accidents.





SYMPTOMATOLOGIE

« Le corps humain, dit Servier, ne peut pas plus supporter la compression que l'esprit humain ne peut supporter l'oppression ».

Aussi bien peut-on mettre en fait que toute compression produit de la douleur.

Dans le cas qui nous occupe, la compression des terminaisons nerveuses duodénales, se propageant peut-être parfois au plexus solaire, détermine des sensations pénibles, accentuées surtout au niveau du creux épigastrique, ou un peu à droite de ce point. Voici les quatre éléments principaux auxquels, selon Trèves (*British. med. journ.*, 1884) peut se rapporter la douleur :

1° Elle résulte de l'irritation directe du péritoine et de l'intestin ;

2° Elle est la conséquence de mouvements péristaltiques et antipéristaltiques irréguliers et désordonnés ;

3° Elle est due à la distention de l'intestin en amont de l'obstacle ;

4° Elle est causée par de l'inflammation de l'intestin et du péritoine.

Cette douleur est, en général, violente, circonscrite, et

d'abord localisée, se généralisant plus tard à tout l'abdomen. La pression l'exaspère d'une façon assez variable, et elle s'accompagne tantôt de chaleur intense, tantôt de phénomènes de collapsus. Elle est souvent intermittente, et varie d'intensité selon la position que prend le malade, et le traitement qui lui est institué. Les accidents d'étranglement la rendent plus vive, au moment des débâcles, et elle est en général d'autant plus marquée que l'obstruction est plus complète.

On note des maux de tête, de la mauvaise humeur, de l'agitation ou de l'hébétude, des vertiges, de l'insomnie, des hallucinations et des cauchemars. Ces symptômes sont sujets aussi à des fréquentes variations, et peuvent disparaître momentanément par l'effet d'un purgatif, après évacuation de quelques scybales.

Les malades perdent l'appétit, souffrent de dyspnée, de palpitations, de bourdonnements d'oreille, parfois de névralgies, et même d'hémoptysies. Ils subissent enfin des accidents toxiques par l'accumulation et la fermentation des produits accumulés dans leur cavité gastro-duodénale. L'intestin, dit M. Potain, est un vaste laboratoire de poisons.

Des nausées, des régurgitations apparaissent, et cela en général de bonne heure, probablement dès les premiers phénomènes compressifs ; elles disparaissent fréquemment alors pour revenir plus tard, accompagnées de vomissements, ceux-ci offrant également un remarquable caractère de rémittence. Ils sont opiniâtres, et prennent fréquemment une tournure incoercible, qui peut se prolonger longtemps. Ils reparaissent à la moindre ingestion d'a-

liments, mais aussi dans l'intervalle des repas, par suite de la fermentation des produits ingérés. Ils sont plus ou moins intenses, l'intolérance est plus ou moins absolue, selon le degré de l'obstruction.

Ce ne sont pourtant souvent que des vomissements muqueux ; mais bientôt ils changent de couleur et de nature : le suc pancréatique et la bile y font leur apparition, ces produits ne pouvant plus franchir le point comprimé, et étant déversés dans l'estomac. Enfin les vomissements, sans devenir jamais vraiment fécaloïdes, finissent par offrir pourtant une odeur particulière, qui rappelle tout-à-fait celle des vomissements fécaloïdes.

Gronnier, dans sa thèse (1874) sur la *Pathogénie des vomissements*, dit que dans les étranglements, le vomissement est moins un acte produit mécaniquement, que suscité par la compression des terminaisons nerveuses du vague et du sympathique, et qu'il n'est pas nécessaire que la douleur soit vive, ni même consciente, pour déterminer l'acte réflexe du vomissement.

La fréquence de ces vomissements semble avoir peu de rapports avec l'intensité de la compression, mais tenir plutôt à son siège. Qu'on nous permette de citer ce passage de M. Tillaux : « Si l'étranglement porte sur un point de l'intestin grêle très rapproché de l'estomac, les vomissements apparaissent tout de suite, ont lieu sans relâche, la nutrition est complètement interrompue, le faciès s'altère profondément presque dès le début des accidents, il existe à peine du ballonnement du ventre, la mort vient vite. Plus l'étranglement s'éloigne de l'estomac, moins les vomissements sont rapprochés. Moins

les accidents marchent vite, et plus le ballonnement du ventre augmente. »

Dans les cas de cancer du pancréas notamment, nous les avons toujours trouvés notés.

De bonne heure aussi, les malades peuvent constater des perturbations dans les fonctions digestives. Chomel signale comme premiers symptômes, chez les personnes qui font abus du corset, de la gêne dans la digestion, et de ces borborygmes incommodes et bruyants, si communs chez les femmes ; leurs gardes-robes sont irrégulières ; elles restent parfois plusieurs jours sans aller à la selle, et cet état se juge par une débâcle soit spontanée, soit consécutive à médication évacuante. L'explication de ces alternatives de diarrhée et de constipation, se trouve logiquement dans les déplacements que subit aux premiers temps, l'agent compresseur, surtout s'il est doué d'une assez grande mobilité. Plus tard, à mesure que des adhérences se formeront, la constipation se manifestera de jour en jour plus intense.

En dehors même des phénomènes compressifs, nous savons que la dilatation gastrique seule rendrait les malades qui en sont atteints sujets à de la constipation habituelle, et provoquait les vomissements. Quand l'obstacle siège à la fin du duodénum, au-dessous de l'ampoule de Vater, on trouve les selles pâles et décolorées.

A une période plus avancée, la constipation est absolue, et le malade présente des signes d'occlusion intestinale complète. Nous avons déjà noté la défécation par regorgement, qui se produit parfois en forçant le point comprimé, et donnant au patient un soulagement momentané.

Un fait très important, qui nous sera d'un grand secours pour le diagnostic, est que le ballonnement du ventre est à peu près nul, ou fort peu accusé. La sensibilité de l'abdomen est assez variable; mais elle est plutôt vive quand la compression est énergique. Elle deviendra aiguë, s'il survient des complications péritonitiques, ou qu'il se produise une perforation par hypertention ou par ulcération.

L'urine est rouge et en petite quantité.

Les forces et l'appétit diminuent, puis disparaissent; la prostration est souvent extrême, l'amaigrissement considérable.

La soif a rarement été notée, mais elle est probablement assez vive. Le malade est anxieux, la respiration est courte, et le faciès prend le type « abdominal ».

Quelquefois le malade est très-agité; d'autres fois au contraire, il est dans un état de stupeur profonde; on voit parfois des attaques épileptiformes.

Delore, de Lyon, prétend que les phénomènes de collapsus que l'on remarque dans l'occlusion sont dus à la grande quantité de microbes que renferment les matières contenues dans l'intestin, qui produisent de l'infection avec hypothermie.

L'absence d'alimentation doit entrer pour quelque part dans l'explication de ces symptômes.

Il est très rare que les malades aient de la fièvre; la température reste modérée, et le pouls ne se modifie qu'assez tardivement.

Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que nous ne trouvons pas toujours des symptômes d'une intensité en

rapport avec celle de la compression ; l'explication de cette particularité nous semble assez difficile. En tout cas, on voit parfois de faibles compressions produire des accidents rapidement mortels ; et d'autres fois une énorme tumeur qui aurait dû logiquement comprimer le duodénum, laisse celui-ci se dérober à ses atteintes.

Enfin un autre point intéressant est la rémittence des symptômes, selon que l'intestin se bouche et se débouche.





MARCHE. — DUREE. — TERMINAISON

Nous avons déjà laissé voir combien irrégulière est la marche de la maladie, par suite des déplacements possible des agents compresseurs et de la partie comprimée dans leurs rapports réciproques. L'affection prendra une allure plus régulièrement croissante et une gravité plus grande, dès que des adhérences se seront formées.

Le premier effet de la compression est de gêner le jeu des organes, de suspendre le cours des aliments, de diminuer la vitalité des tissus, et de provoquer des lésions locales, nerveuses et sanguines, qui entraîneront par retentissement général, des phénomènes de vomissement (Dechambre). Si elle est énergique, soutenue et violente, les lésions suivront une marche fatalement régulière depuis l'arrêt de la circulation jusqu'à la mortification des parties sur lesquelles elle s'exerce.

Nous avons noté aussi l'extension progressive de la douleur et l'affaiblissement. La surface d'absorption intestinale se trouvant considérablement diminuée, presque annulée, l'inanition emporte le malade dès que le cours des matières est complètement arrêté.

La maladie est sujette à des exacerbations et à des périodes d'amélioration très tranchée.

Quant à l'ampliation intestinale, ainsi que l'indiquaient déjà Monneret et Fleury dans leur *Compendium*, elle suit une marche lente et graduelle : souvent, après s'être alternativement produite et dissipée un certain nombre de fois, elle devient permanente, et peut être assez considérable pour produire la rupture de l'intestin. Les symptômes de gangrène, de perforation, peuvent donc venir s'ajouter aux signes de l'affection première.

La rapidité des accidents n'est pas la même chez tous les sujets, la cause première pouvant être toute différente.

Quelquefois le début est assez brusque, et se fait dans les conditions suivantes (Sigaud, *Lyon médical*, 1889) : La compression augmente peu à peu et la constipation de même ; une dernière fois les matières alimentaires forcent le point comprimé, et le malade évacue quelques scybales ; puis à partir de ce moment, les phénomènes évoluent d'une façon aiguë, la fièvre s'allume, le pouls devient petit et filiforme, le facies pâle et grippé ; le malade a le hoquet, il fait entendre des plaintes d'une voix étouffée, il souffle ses paroles. La bouche se dessèche, les extrémités sont froides, les traits profondément altérés ; la peau est livide, terreuse, les yeux enfoncés, cerclés de noir, le nez aminci et effilé, les lèvres plates et collées aux dents. Malgré cela, l'intelligence est conservée, et le malade meurt par épuisement ou par asphyxie, ou péritonite généralisée ; quelquefois il s'éteint dans le collapsus.

La maladie peut durer plusieurs années ; mais en général elle évolue en quelques mois ; et c'est par jours qu'il faut compter lorsque de sérieuses adhérences se sont établies.



PRONOSTIC

La compression du duodénum est une affection grave, et un sujet qui en est atteint, s'il est abandonné à lui-même, est voué à une mort à peu près fatale. Il faut cependant distinguer deux cas :

Ou bien la tumeur ou l'organe qui comprime le duodénum est mobile, et dans ce cas il y a lieu d'espérer que les choses rentreront dans l'ordre, que l'organe déplacé reprendra sa situation normale, ou que la tumeur s'orientera de façon à ne plus produire d'accidents compressifs.

Ou bien ces agents sont fixes, des adhérences se sont formées, qui unissent entre elles les parties comprimantes et comprimées, et qui empêchent leurs rapports de se modifier. Dans ce dernier cas surtout le pronostic est fatal, si la compression augmente progressivement.

Il faut aussi faire une distinction selon la nature de la tumeur, si c'en est une. Si elle est de mauvaise nature, cancéreuse, par exemple, elle sera par sa tendance à la propagation, bien plus dangereuse qu'une simple hypertrophie d'organe, un kyste etc.

Nous avons vu aussi précédemment qu'un agent compresseur est d'autant plus dangereux qu'il est d'une consistance plus dure et plus résistante. Enfin si l'obstruction,

si l'arrêt des matières marche progressivement, sans rémission, le pronostic est d'autant plus fatal, et il n'y a guère à espérer de guérison spontanée. Plus l'obstruction est complète et continue, plus la compression est d'un pronostic grave.

Mais, en définitive, nous voyons qu'il y a des cas où l'obstacle peut être levé et la guérison obtenue : c'est ce que la chirurgie moderne nous permettra d'espérer.





DIAGNOSTIC

Il est plusieurs affections dont les symptômes offrent de l'analogie avec ceux que nous avons énumérés comme caractérisant la compression du duodénum. Aussi le diagnostic sera-t-il parfois difficile à établir ; et ce ne sera qu'après un interrogatoire sérieux et un examen attentif du malade qu'on en pourra venir à bout.

La douleur, les vomissements, la constipation, pris isolément, ne sont pas, en effet, des signes d'une valeur absolue ; il faudra reconstituer dans ses grandes lignes la symptomatologie générale que nous avons esquissée, et ce n'est que par leur ensemble et la forme de l'évolution morbide que nous pourrons soupçonner une compression duodénale.

Quelques-uns des symptômes peuvent manquer, ou être très atténués. La constipation notamment est sujette à de grandes variations, selon que l'occlusion est plus ou moins complète ; le malade peut ne pas avoir de vomissements au moment où l'on est consulté ; la douleur peut faire défaut.

Quand on se trouve en présence d'un malade qui souffre dans l'abdomen, qui vomit, qui est constipé, on peut se demander d'abord s'il s'agit bien d'une occlusion intesti-

nale, ou si l'on n'aurait pas affaire à une hernie étranglée, à du choléra ou à de la dysentérie.

Il faut commencer par explorer les régions herniaires afin de s'assurer qu'il n'existe pas d'anse intestinale étranglée, et interroger soigneusement le malade pour savoir s'il n'était point auparavant porteur d'une hernie. Ensuite on songera aux hernies intra-abdominales et aux hernies rares des parois de l'abdomen.

Les caractères de la constipation, et l'examen des vomissements et des déjections, aidés de quelques commémoratifs, permettront d'éliminer assez facilement le choléra et la dysentérie. Il en sera de même pour l'empoisonnement et la gastro-entérite simple, l'ulcère de l'estomac ou du duodénum ; une indigestion se guérira après quelques crises de vomissements.

Les commémoratifs et l'absence des signes particuliers de ces affections écarteront vite l'idée de vers intestinaux, de coliques de plomb. Les coliques néphrétiques, hépatiques, s'accompagnent rarement de vomissements et de constipation.

La douleur considérée seule pourrait faire penser à des névralgies ou rhumatismes des parois, à de la gastralgie, de la gastrite, de la colite, à des douleurs hystériques ; les vomissements à ceux de la migraine, de la méningite, des ulcères de l'estomac ou du duodénum.

Bien plus grand sera l'embarras entre l'obstruction et la péritonite, surtout la péritonite par perforation.

Il est vrai que dans cette affection nous trouvons une généralisation rapide de la douleur, une constipation moins absolue et durant depuis un temps moins long,

émission de gaz, vomissements porracés, et température élevée. Souvent il y aura eu dans le voisinage une inflammation préalable. L'erreur néanmoins est facile à commettre, surtout quand l'occlusion est incomplète, et que le ventre ne présente aucun ballonnement ; on sera encore plus embarrassé si la péritonite coexiste avec une obstruction.

Nous allons donc conclure que l'intestin est obstrué.

Mais où siège l'obstacle, et quel est-il ? Le toucher rectal et vaginal reste négatif : de plus l'abdomen n'est pas ballonné, la douleur est plus particulièrement vive au niveau du duodénum, l'urine est rare ; on soupçonne déjà une obstruction de la partie supérieure de l'intestin grêle. Nous allons découvrir d'autres signes, qui nous permettront de penser qu'elle siège au niveau du duodénum, et nous mettront en même temps en mesure de déterminer la cause qui l'a produite :

Nous trouvons de la dilatation stomacale, de la bile en abondance dans les vomissements, et dans l'intérieur de l'estomac ; les vomissements résistent à tous les moyens employés. Si nous ne sentons pas de tumeur, le diagnostic de la cause pourra encore rester en suspens. Mais les commémoratifs ne nous permettent pas de croire qu'il s'agit d'un corps étranger, ni d'un calcul biliaire arrêté dans l'intestin. De plus on a constaté une tumeur avant l'éclosion des accidents aigus, ou mieux encore nous la sentons actuellement : Dès lors nous commençons à avoir de fortes présomptions.

Ne nous laissons pourtant pas tromper par une surcharge graisseuse ou de l'œdème de la paroi, ni par une min-

ceur excessive de celle-ci, à travers laquelle on sentirait les viscères eux-mêmes, que l'on prendrait pour une tumeur. Nous nous mettrons en garde, aussi, contre les amas de matière fécale accumulée et durcie dans l'intestin. En un mot nous nous assurerons bien qu'il s'agit d'une tumeur, nous déterminerons sa forme, son volume, sa nature, son siège exact, sa consistance, sa mobilité, autant que tout cela nous sera possible.

Nous ne voulons point faire ici l'étude détaillée du diagnostic de toutes les tumeurs que l'on peut rencontrer au niveau du duodénum, et que nous avons notées en décrivant la pathogénie des compressions qu'elles occasionnent. Rappelons seulement que l'on devra songer à une tumeur du foie ou de la vésicule biliaire lorsque l'on aura constaté un trouble dans les fonctions dévolues à ces organes; à une tumeur du pancréas quand nous verrons des selles glaireuses, des vomissements graisseux, de la glycosurie, de l'ictère pancréatique (Faucillon); à un anévrysme de l'aorte quand on entendra un bruit de souffle à l'auscultation.

Les tumeurs du mésentère seront très mobiles : les néoplasmes rétro-péritonéaux resteront d'un diagnostic fort difficile.

Enfin on n'oubliera pas de songer à la possibilité d'un déplacement d'organe.

Il ne nous restera plus maintenant qu'à déterminer le point du duodénum où siège l'obstruction. Il faut distinguer, d'après Boas, deux catégories de rétrécissements duodénaux, selon qu'ils siègent au-dessus ou au-dessous de l'ampoule de Vater :

Le diagnostic de la première catégorie est très difficile, car ses symptômes se confondent avec ceux des rétrécissements du pylore ; nous avons vu que les cas rentrant dans cette catégorie sont rares. Les rétrécissements qui sont situés au-dessous de l'ampoule, les plus fréquents, sont au contraire relativement faciles à diagnostiquer, étant donné le reflux continu de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac ; les matières vomies ne contiennent pas de produits de fermentation, de levures ni de sarcines, et les selles sont argileuses.





TRAITEMENT

Nous nous étendrons peu sur les moyens thérapeutiques employés couramment dans l'occlusion intestinale, et que l'on pourra essayer ici sans grande chance de succès. On devra se proposer comme but : 1^o de calmer la douleur ; 2^o de faire cesser les accidents d'occlusion ; 3^o de faire disparaître la cause de ces accidents.

On fera donc un rapide essai du traitement médical, et on prescrira à l'intérieur : l'opium, le chloral, la belladone, la cocaïne et les autres calmants : le koumys, le tannin, les préparations iodées, la glace, la potion de Rivière, l'abstinence d'aliments : on tâchera de débarrasser l'intestin en forçant l'obstacle au moyen de purgatifs. Nous hésitons à citer ces moyens antiques comme le mercure coulant, la fumée de tabac et les balles de plomb, qui nous semblent peu recommandables. On emploiera de préférence le lavage de l'estomac, pour débarrasser celui-ci des produits toxiques qu'il contient, et qui sans cela imprègnent peu à peu toute l'économie. Ces lavages sont, en général, bien supportés, procurent du repos au malade, et lui évitent la souffrance et le dégoût des vomissements fécaloïdes. Wigniolle, dans sa thèse (1890), démontre que le liquide pénètre dans le duodénum, et le nettoie, ainsi

que l'estomac. Ewald, Sénator, Küssmaul, Cahn, considèrent le lavage comme un agent thérapeutique efficace contre la cause même de la compression.

Nous ne pensons pas que la distension de l'intestin par des douches gazeuses puisse déterminer sur le duodénum une action capable de la dégager de l'obstacle qui le comprime.

Les applications émollientes, les emplâtres, ne semblent guère avoir d'action sur l'endroit de la douleur, si ce n'est de calmer un peu celle-ci ; les bains auraient peut-être plus d'efficacité. L'électricité semble pouvoir être parfois utile, et surtout le massage, par lequel on peut espérer obtenir une certaine libération de l'intestin, s'il n'est pas fixé à l'agent compresseur par des adhérences trop solides (Delore, Weill).

Mais il ne faudra pas oublier les lavements alimentaires, pour soutenir le malade durant ces premières tentatives.

Quand les accidents ne sont pas trop pressants, on pourra espérer obtenir le rétablissement du cours des matières, la restauration de la courbure et du calibre du duodénum par le port d'une ceinture appropriée, ou par certaines positions que le malade gardera dans son lit.

Si tous ces moyens, rapidement employés, n'ont pas donné de résultat favorable, il faut sans tarder recourir aux moyens chirurgicaux, qui auront d'autant plus de chances de réussir qu'ils seront tentés de meilleure heure.

On peut commencer par endormir le malade au chloroforme, s'il y a beaucoup de douleur, afin de mieux palper et explorer l'abdomen.

Le diagnostic étant posé, nous nous trouverons en face des interventions suivantes : Ponction capillaire de l'intestin. Celle-ci est indiquée dans le cas de grande distension gazeuse, de paralysie intestinale, etc. Mais étant donnés la situation du duodénum et son contenu, cette opération sera aussi difficile qu'inefficace.

Ferons-nous un anus contre nature ? La topographie duodénale rend *a priori* la chose presque impossible.

Reste la gastrotomie, recommandée par les noms de Coelius Aurelianus, Barbette, Nüek, Renault, Dupuytren, Monod, Maisonneuve, Rokitansky, etc.

Quant à l'opinion des modernes à ce sujet, il nous semble qu'elle est bien résumée dans ce fragment du discours de M. le professeur Weill à la Société de médecine en 1890 : « L'occlusion intestinale a également bénéficié des progrès réalisés par la méthode antiseptique, et le vieux procès pendant entre l'entérotomie et la laparotomie tend de plus en plus à se juger en faveur de cette dernière opération, surtout dans les formes aiguës de l'étranglement interne. Trélat pensait qu'on en arriverait certainement à traiter cette affection comme l'étranglement herniaire, c'est-à-dire qu'on pratiquerait la gastrotomie pour remédier à toute obstruction intestinale qui n'aurait pas cédé aux premières réquisitions de nature médicale ; et de fait, une opération purement palliative, qui laisse souvent après elle une infirmité incurable, ne saurait plus, avec nos idées actuelles, être mise en parallèle avec l'incision large du ventre, qui permet d'obtenir une guérison radicale. Si dans les formes chroniques de l'occlusion les chirurgiens sont encore partagés sur la con-

duite à tenir, cela tient surtout à ce que l'incertitude du diagnostic, la bénignité apparente des accidents, les font temporiser au-delà des limites raisonnables, en sorte que l'opération, trop tardivement entreprise, ne donne le plus souvent que de mauvais résultats. En somme, la laparotomie précoce s'impose ; elle pourra amener la guérison, même lorsqu'il y aura déjà un commencement de péritonite, des adhérences étendues, une sphacèle de l'intestin : dans ce dernier cas, il faudra faire la résection de l'anse gangrénée, avec entérorraphie secondaire. »

Il faut donc à tout prix lever l'obstacle compresseur, et en enlevant la cause de l'occlusion, nous ferons disparaître l'occlusion elle-même. Lorsque l'abdomen sera ouvert, la conduite pourra être différente selon les cas : 1° Le duodénum n'est pas altéré, et il pourra reprendre ses fonctions s'il est décomprimé ; dans ce cas, il faudra, si l'on a affaire à un organe déplacé, le remettre en son lieu et l'y fixer ; la néphropexie, l'hépatopexie, sont des opérations que le succès consacre aujourd'hui. Si c'est une tumeur ou un organe altéré, il faudra l'extirper, en partie ou en totalité, selon les lésions. Si c'est une collection liquide, un kyste, on pourra le ponctionner et le vider. Se trouve-t-on en présence d'une affection des voies biliaires ayant amené une hydropisie de la vésicule, le traitement de celle-ci fera disparaître la compression du duodénum ; 2° Si la tumeur est adhérente à l'intestin, si la paroi de ce dernier est altérée, rétrécie, et qu'on voie manifestement que les matières ne pourront plus passer, même quand on aura enlevé l'organe d'où vient le mal, il faudra alors chercher un autre moyen pour rétablir la circulation intes-

tinale. On pourra faire la résection d'une partie de l'intestin, avec suture de Lembert, opération relativement bénigne, puisque la statistique de Billroth (1890) donne onze opérations sans aucun décès. Kœberlé a été jusqu'à enlever deux mètres d'intestin. Ou bien on pourra faire une gastro-entérostomie, si l'obstacle siège au niveau du pylore. Enfin, en Angleterre, on a proposé de faire une duodénostomie, pour permettre d'alimenter le malade directement par l'intestin grêle.





OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Cancer de l'ovaire. Généralisation limitée à un groupe de ganglions situés en arrière du duodénum, et ayant amené la compression de ce dernier. Dilatation aiguë de l'estomac. Mort.

B..., âgée de 45 ans, entre le 22 août 1889, salle Maurice Raynaud, n° 10, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le D^r Letulle.

Antécédents héréditaires. — Nuls au point de vue tuberculeux ou cancer.

Antécédents personnels. — Alcoolisme.

Depuis trois mois, la malade a maigri considérablement; l'appétit est perdu. Les selles sont à peu près régulières, bien que de temps en temps il semble y avoir eu quelques débâcles après constipation. Depuis deux mois, la malade se plaint de douleurs sourdes et vagues dans l'abdomen, plus accentuées à gauche.

Le 20 août au matin, la malade a été prise brusquement de vomissements qui n'ont fait depuis qu'augmenter de fréquence

et d'intensité. Depuis hier soir (20 août) ces vomissements sont devenus incessants, et la malade ne peut absolument rien tolérer. Les matières vomies sont de couleur noire verdâtre, légèrement grumeleuses, présentant une odeur fécaloïde sans revêtir toutefois les caractères des vomissements fécaloïdes proprement dits.

La malade ne rend aucun gaz par l'anús, et n'aurait pas eu de garde-robe depuis le 9 août.

A l'examen du ventre, on constate que l'abdomen est souple, non tendu. Estomac dilaté à la partie supérieure et médiane du ventre, on a la sensation d'une masse plus ou moins arrondie, du volume du poing : cette tumeur ne paraît pas être de consistance dure, et ne se déplace dans aucun sens.

Le toucher rectal reste négatif; de même pour le toucher vaginal.

La température est de 35°,4, le pouls petit, les extrémités cyanosées. L'intelligence est conservée.

6 heures soir. — Les vomissements n'ont pas cessé depuis l'entrée de la malade à l'hôpital; tout ce qu'essaie de prendre la malade est rendu aussitôt. Un lavement n'a d'autre part donné aucun résultat.

12 heures soir. — La malade est tombée dans le coma et meurt.

Autopsie. — En ouvrant l'abdomen, on remarque la dilatation extrême de l'estomac, qui est fort congestionné. Au niveau de la première portion du duodénum existe une compression de cet intestin, produite par une masse cancéreuse de la grosseur d'une orange, développée en arrière de lui; cette tumeur l'a repoussé d'arrière en avant, et a amené son aplatissement complet, mais ne l'entoure pas.

L'examen de tous les viscères reste négatif, à l'exception de l'ovaire gauche, qui présente un gros noyau cancéreux.

En résumé, il s'agit d'un cancer de l'ovaire ayant infecté secondairement un groupe ganglionnaire situé en arrière du duodénum : il s'était développé à ce niveau une masse cancéreuse qui avait amené une compression du duodénum assez notable pour empêcher la circulation des matières. Le résultat a été une dilatation aiguë de l'estomac qui a entraîné la mort.

Durant la vie, le diagnostic était resté hésitant entre obstruction intestinale siégeant à la partie supérieure de l'intestin grêle, empoisonnement et accidents d'origine alcoolique. L'intervention n'a pu être pratiquée, en raison de l'état de faiblesse extrême de la malade.

OBSERVATION II

Compression du duodénum par adhérences péritonéales. Dilatation du duodénum et de l'estomac. Mort.

Léa C..., âgée de 46 ans, entre à Saint-Antoine, le 13 mars 1893, dans le service de M. le D^r Letulle, salle Barth, n° 8.

Antécédents héréditaires. — Négatifs.

Antécédents personnels. — A l'âge de 26 ans, rhumatisme articulaire durant 7 mois. Puis coxalgie gauche, amenant une atrophie du membre inférieur du même côté.

Il y a deux mois et demi (janvier 1893), la malade est prise tout d'un coup, en travaillant, d'un violent point de côté localisé à la partie moyenne et postérieure du thorax, côté droit. Expectoration épaisse, et diarrhée sanguinolente pendant cinq jours. A partir de ce moment, la malade perd l'appétit, elle éprouve du dégoût pour la viande et maigrit considérablement.

Un mois plus tard (février 1893), rétention d'urine durant

plusieurs jours, accompagnée de douleurs du ventre, et cédant à l'action de bains de siège chauds et des cathétérismes. En même temps, apparaissent des vomissements alimentaires se répétant tous les soirs, et des selles glaireuses et fluides.

État actuel. — La malade est très cachectisée, la langue sèche, la température à 38°,6.

Douleur vive dans le flanc droit et dans le côté droit de la poitrine.

A l'auscultation, matité, souffle et bruit de cuir neuf en arrière et à la base du poumon droit. On fait une ponction à ce niveau, et on retire environ un verre de sérosité. La malade se trouve soulagée. Malgré cela, elle vomit d'une façon presque continuelle et a de la diarrhée.

28 mars. — Douleur très vive dans tout l'abdomen. Urine rouge sale et d'une odeur très désagréable.

1^{er} avril. — On prescrit sans succès la potion de Rivière, les vomissements continuent et la diarrhée a fait place à la constipation.

10 avril. — Même état. L'alimentation se fait au moyen de lait glacé, de champagne et de lavements nutritifs. Mais la cachexie fait des progrès rapides.

20 avril. — A la suite de l'ingestion d'un œuf, les vomissements, qui s'étaient un peu calmés, reparaissent. Ils sont bilieux, verdâtres et contiennent parfois un peu de sang. L'hypochondre droit est toujours douloureux, surtout un peu au-dessus du rebord des fausses côtes et à droite de la ligne médiane. La température oscille entre 37° et 38°.

10 mai. — La palpation faite sous chloroforme permet de sentir dans la région douloureuse un empatement diffus, mais on ne trouve pas de tumeur.

27 mai. — Les vomissements ne cessant pas, on pratique l'ouverture de l'abdomen (l'opération est faite par le

D^r Monod, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, après injection de cocaïne sur la ligne médiane et chloroformisation).

On trouve les anses intestinales modérément dilatées et sur le péritoine de petites nodosités jaunâtres, irrégulièrement arrondies, variant de la grandeur d'une lentille à celle d'une pièce de 20 centimes. Il n'y a pas d'adhérences entre les anses intestinales, ni entre celles-ci et le plan pariétal. On nettoie le ventre à l'eau bouillie et on le referme.

Le diagnostic supposé était : obstacle au niveau du pylore et de la première portion du duodénum, causé probablement par un ulcère compliqué de péritonite localisée et on songeait à faire une gastro-entérostomie. L'ouverture de l'abdomen, en montrant l'existence de nodules tuberculeux dans le péritoine, fit supposer que les vomissements étaient dûs non plus à l'obstacle pylorique, mais bien à l'existence même de la péritonite tuberculeuse ; et le ventre fut refermé.

Or, après l'opération, l'état de la malade ne fut ni amélioré ni empiré, les vomissements continuèrent et elle s'éteignit le 27 mai.

Autopsie. — Le péritoine est le siège d'adhérences anciennes développées dans toute son étendue, et parsemé de masses arrondies jaunâtres et opaques, de dimensions variables, il s'agit de blocs tuberculeux conglomérés.

Les adhérences celluleuses qui ont immobilisé la totalité des anses intestinales ont produit incontestablement une compression du duodénum, qui paraît très dilaté dans sa première portion, plus large que le côlon. On dirait même, une fois qu'il est dégagé, qu'on se trouve en face d'un gros cœcum. On peut compter 9 centimètres de diamètre au niveau de la partie la plus déclive.



L'estomac est absolument adhérent au diaphragme et à la rate.

Rien de particulier à noter pour les autres organes abdominaux.

Dans le thorax, on trouve un peu de congestion pulmonaire, des traces de pleurésie droite avec fausses membranes récentes.

Le cœur est petit et atrophié. Péricarde sain. Endocardite légère.

OBSERVATION III

Tuberculose primitive du cœcum. Tuberculose des ganglions mésentériques. Masse ganglionnaire située en arrière du duodénum et déterminant une compression incomplète de ce dernier. Accidents péritonéaux. Mort.

R..., 18 ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine, le 12 octobre 1893, dans le service de M. le D^r Letulle, salle Louis, n° 23.

Antécédents. — Négatifs.

Le début de l'affection semble remonter à 8 mois : douleurs dans le ventre, alternatives de diarrhée et de constipation.

Depuis plusieurs semaines, vomissements incoercibles, constitués par du mucus et de la bile. Il y a trois semaines, hémoptysie.

Etat actuel. — Malade cachectique, atteint de vomissements opiniâtres. Douleur, ballonnement du ventre, placards indurés çà et là à la palpation profonde. La température, peu élevée, oscille entre 37°,2 et 37°,8.

Trois jours après l'entrée du malade à l'hôpital, les vomissements se calment, puis disparaissent. Le diagnostic porté est tuberculose péritonéale à forme adhésive. Vu l'état de faiblesse extrême du malade, toute intervention est jugée impossible.

Mort le 22 octobre.

Autopsie. — On rencontre quelques fausses membranes, mais les anses de l'intestin ne sont pas agglutinées entre elles. On trouve dans la cavité abdominale de grosses masses tuberculeuses, formées par les ganglions situés au devant de la colonne vertébrale, dans la fosse iliaque droite, dans l'angle iléo-coecal, et dans la région duodénale. Typhlite tuberculeuse, caractérisée par une ulcération située sur la valvule iléo-coecale, et remontant le long du cœur sur une hauteur de 2 centimètres, l'appendice paraît intact.

Au niveau du duodénum, il existe une énorme masse tuberculeuse, grosse comme le poing, mesurant environ 8 centimètres d'épaisseur, et formée aux dépens des ganglions situés à cet endroit. Elle repousse en avant le duodénum, dont le calibre, il est vrai, n'a pas disparu, car il y a des matières dans le reste de l'intestin grêle. Il n'y a pas de rétrécissement à proprement parler ; mais néanmoins il y a lieu de penser qu'à un certain moment cette tumeur a produit une compression duodénale expliquant les vomissements incoercibles.

La valvule pylorique est en partie effacée, la muqueuse

duodénale présente des caractères macroscopiques semblables à celle de l'estomac, jusqu'au niveau de la masse ganglionnaire.

Rate amyloïde, poids 370 grammes.

Foie amyloïde et gras, dur, rugueux. Poids 2 kil. 850.

Reins pâles, décolorés ; un petit tubercule à droite. Poids 170 grammes.

Rien à l'œsophage ni à l'estomac.

Cœur petit ; poids 200 grammes.

Poumons. — Au sommet gauche, petit ilot de tuberculose. Dans le reste du poumon, congestion hypostatique, avec quelques petits tubercules disséminés. Adénopathie trachéo-bronchique ; quelques masses crétacées dans les ganglions.

OBSERVATIONS IV, V et VI

Trois cas de compression duodénale par le mésentère.

Kundat, résumé par M. Hayem.

I. — Un adulte récemment guéri de fièvre typhoïde, mais ayant la paroi abdominale extrêmement amincie, meurt en deux jours ; on trouve l'estomac et le duodénum colossalement dilatés, le duodénum coupé par le mésentère, l'iléon et le jéjunum en état de prolapsus.

II. — Une femme morte rapidement après avoir présenté des phénomènes d'étranglement, offre à l'autopsie une embolie de l'artère pulmonaire. Le duodénum est comprimé par le mésentère, et tout l'intestin se trouve dans le bassin.

III. — Chez un homme de 22 ans, laparotomisé pour des accidents d'occlusion intestinale, mêmes particularités que dans les cas précédents.

OBSERVATION VII

Lithiasse biliaire. Compression duodénale. Dilatation de l'estomac.

Laparotomie. Guérison.

Kehr, résumé par M. Hayem.

Fille de 29 ans, vomissant depuis six mois tous ses aliments : jamais d'ictère ni de coliques. Dilatation considérable de l'estomac. Au côté droit du mésogastre, au niveau du bord externe du grand droit, tumeur de la grosseur du poing, dure, peu mobile, non influencée par la respiration, et paraissant dépendre du pylore, parce qu'après insufflation de l'estomac la grande et la petite courbure se continuaient directement avec la tumeur.

Diagnostic : Cancer pylorique. Laparotomie sur la ligne médiane. La tumeur était formée par la vésicule biliaire, pleine de calculs, et soudée à la portion initiale du duodénum ; hypertrophie considérable du pylore. Cholécystotomie idéale. Ouverture du duodénum infléchi et rétréci : pylore donnant à peine passage à un hystéromètre. Dilatation manuelle des portions rétrécies ; suture du duodénum. L'opération avait duré 1 heure 1/2. Guérison complète, apyrétique.

Les vomissements n'ont pas reparu, et en un an l'opérée a augmenté de 40 livres.

OBSERVATION VIII

Cirrhose du foie. Adhérences. Compression duodénale. Dilatation stomacale. Mort.

Lusseau. Résumé.

Malade vomissant pendant deux mois, avec vive douleur

dans l'hypochondre droit, alternatives de diarrhée et de constipation durant 4 à 5 jours.

A l'autopsie on trouve un foie cirrhotique, et des adhérences de péritonite qui aplatissent la troisième portion du duodénum et l'appliquent contre la colonne vertébrale sur une étendue de plusieurs centimètres. L'estomac était dilaté.

OBSERVATION IX

Néphroptose. Compression et dislocation duodénales, avec ectasie gastrique. Guérison.

Weill. Résumé.

Malade chez lequel le rein, dévié en dedans, appuyait, comprimait et mobilisait la partie du duodénum qui lui est adjacente. La courbure duodénale semblait avoir déterminé une véritable imperméabilité de ce conduit.

Durant trois ans, vomissements plusieurs fois par jour, surtout le soir ; selles difficiles, claires, à peine teintées, putrides. Dilatation de l'estomac ; rein se sentant en dedans de l'extrémité antérieure des neuvième et dixième côtes droites. Bile et suc pancréatique retrouvés dans le contenu stomacal évacué par des lavages.

Le malade guérit, grâce au décubitus sur le côté droit, à une nourriture réduite, à des massages et frictions, à la faradisation de l'estomac, à la compression du ventre, etc.

OBSERVATION X

Péritonite adhésive, striction en masse du duodénum. Mort.

Emprunté au *Guy's Hospital Reports. Gazette méd., de Paris, 1846.*

Une dame de 50 ans, mère de nombreux enfants, avait éclamé les soins du Dr Lever un an auparavant pour des

symptômes semblables à ceux qui accompagnent le passage des calculs biliaires, c'est-à-dire des douleurs très vives sur le trajet de ces conduits, et revenant par accès, de l'ictère, des nausées, des urines rares et fortement colorées, de la constipation, etc. Tous ces symptômes disparurent par un traitement convenable, à l'exception de la teinte jaunâtre qui persista.

Entre cette époque et le moment où cette dame fut prise de l'affection qui l'entraîne au tombeau, elle fut exposée à une constipation des plus rebelles; en même temps, pour peu qu'elle surchargeât un peu son estomac, elle était prise de vomissements.

Il survint un jour tout à coup des douleurs extrêmement vives, bornées principalement à la région de la vésicule, et présentant des exacerbations de temps en temps; vomissements presque continuels, teinte ictérique générale, évacuations colorées peu abondantes, urines rares et fortement colorées (saignée locale, calomel et opium, lavements).

Malgré ce traitement, la constipation persista; cependant les lavements ramenèrent le lendemain une petite quantité de matières féculentes.

A deux reprises différentes on introduisit une sonde dans l'intestin, quoiqu'avec une certaine difficulté. Il n'y avait pas de ballonnement du ventre. L'affaiblissement marcha rapidement, et la malade mourut pendant qu'elle était sur un vase de nuit.

A l'examen du cadavre, on trouva : foie volumineux, d'une couleur brunâtre, et fortement congestionné : pas de trace de vésicule biliaire. L'extrémité pylorique de l'estomac, le foie et la tête du pancréas étaient soudés par des adhérences. L'orifice pylorique de l'estomac était considérablement rétréci par suite de l'épaississement de ses parois et des dépôts qui

s'étaient faits entre les membranes. Un changement analogue s'était produit dans le tiers supérieur et le tiers moyen du duodénum, qui avait tellement perdu de sa capacité qu'à peine si l'on pouvait y introduire une plume.

OBSERVATION XI

Cancer du pancréas. Compression duodénale. Mort.

Vesselle. Résumé.

Homme de 57 ans, atteint de troubles gastriques depuis deux ans. Coliques, alternatives de diarrhée et de constipation, augmentant peu à peu d'intensité depuis 2 mois, durant 4 à 5 jours chacune. Pas de tuméfaction du ventre. Teinte jaune paille, amaigrissement. Vomissements très fréquents, tantôt bilieux, tantôt formés par les ingesta.

Autopsie. — Estomac de dimensions assez considérables, sans altération à sa surface.

Duodénum sain dans ses deux premières portions, sauf un développement notable de son appareil glandulaire. Dans la troisième portion existe un rétrécissement qui permet à peine le passage du petit doigt, sans qu'il y ait toutefois d'oblitération de l'intestin; au moins pour la muqueuse qui est seulement froncée et intimement adhérente aux tissus subjacents; en aucun point elle ne présente de traces d'ulcération.

Pancréas. — La moitié supérieure est saine; mais la moitié inférieure est transformée en une masse cancéreuse du volume d'un œuf de poule, occupant toute la portion qui correspond à la tête de l'organe.

La tumeur est placée au niveau de la première vertèbre lombaire, dont elle est séparée par l'aorte, qui est parfaitement

saine ; en avant elle adhère intimement à la troisième portion du duodénum.

Intestin grêle. — Aucune altération notable, si ce n'est une diminution de calibre, surtout dans la moitié supérieure ; plus bas il reprend son calibre normal.

Les autres organes sont sains.

OBSERVATION XII

Cancer du pancréas. Compression circulaire du duodénum. Dilatation stomacale. Mort.

Roux, résumé :

Femme de 39 ans, amaigrie. Pas de ballonnement. Pression douloureuse à l'épigastre, réveillant les envies de vomir. On trouve une tumeur « un peu en dedans du flanc gauche ». Selles décolorées, urines rares ; vomissements quotidiens soulageant la malade.

Mort pendant un effort en allant à la garde-robe, après sensation de déchirure et de douleur intense dans l'abdomen.

Aulopsie. — « Estomac énormément distendu, remplissant la moitié gauche de l'abdomen, et portant sur sa face antérieure, près de la grosse tubérosité, une déchirure de 6 centimètres de long environ.

« Le pylore est extrêmement rétréci et laisse à peine passer une sonde cannelée. Il n'y a ni ulcération ni tumeur saillante dans la cavité de l'estomac ; mais la première et la deuxième portion du duodénum sont enserrées par une tumeur qui paraît primitivement développée dans la tête du pancréas, et a concentriquement resserré ces parties de l'intestin.

Dilatation énorme de la vésicule et du col ».

OBSERVATION XIII

Cancer du pancréas. Compression du duodénum. Mort.
Vesselle.

Dom Marietto, religieux, né en Amérique, eut une santé délicate, et fut sujet aux engorgements glanduleux du cou et des aines jusqu'à l'âge de la puberté. Sa constitution semble, à cette époque, se fortifier, et il jouit bientôt d'une bonne santé. Il avait une imagination très vive, et passait rapidement d'une joie excessive à une profonde tristesse. Cette dernière affection lui était même habituelle.

A 34 ans, il éprouva tout-à-coup un frisson auquel succéda une vive douleur. Il se plaignit d'anxiété, de malaise et de douleur dans les lombes ; sa langue était chargée d'un limon jaunâtre, et il vomissait tout ce qu'il prenait. Il fut soumis à un traitement antiphlogistique énergique : on lui donna de l'émétique, et il rendit une grande quantité de bile et de matières glaireuses ; mais le vomissement redoubla, la fièvre devint plus forte, il y eut un peu de délire. Les vomissements se calmèrent un peu, puis reparurent avec plus de violence que jamais. Plusieurs jours s'étant écoulés, le malade eut des selles très fétides, sa langue devint noire, son haleine puante, et il vomit une bile verdâtre ; puis la fièvre prit le type tierce. Pendant le paroxysme, le vomissement se faisait avec des efforts violents, qui se calmaient un peu dans la rémission. Les boissons adoucissantes, les antispasmodiques, les toniques, les narcotiques, furent vainement employés contre les vomissements, qui continuèrent avec une intensité toujours croissante jusqu'à l'époque de la mort.

Un médecin, appelé en consultation par le médecin ordi-

naire, avait soupçonné que le pancréas devenu squirrheux était ce qui pouvait donner lieu à ces vomissements, citant à cette occasion les faits rapportés par Morgagni dans son ouvrage « *De sedibus et causis morborum*, epistola XXX, *De vomitu* ».

A l'ouverture, on trouva l'estomac sain à l'extérieur ; on rencontra de la dureté au pylore et le pancréas fortement adhérent au mésocolon. Le pancréas était dur et friable dans sa substance, d'un tiers plus volumineux qu'à son état normal ; il embrassait les deux tiers du duodénum, qu'il étranglait, et gênait aussi le pylore à l'endroit où il se plonge dans la duplication du mésocolon. On fendit l'estomac dans toute sa longueur.

Les membranes intérieures avaient diminué d'épaisseur et étaient sans consistance ; la tunique veloutée était totalement détruite, l'orifice supérieur était libre et sain, mais l'inférieur était presque oblitéré, et ce ne fut qu'avec beaucoup de difficulté que l'on put y introduire l'extrémité du petit doigt ; le pylore offrait presque la dureté des cartilages ; et l'on n'y reconnaissait plus le bourrelet que forment les tuniques et les fibres musculaires.

Le foie était sain, et la vésicule du fiel, qui avait le volume d'un œuf de poule, contenait une bile très noire.

Les autres organes étaient en bon état.

OBSERVATION XIV

Kyste du pancréas. Compression duodénale. Dilatation de l'estomac.

Mort.

Roux, résumé.

Femme de 53 ans, souffrant de troubles gastro-intestinaux ; nausées, amaigrissement, constipation, tumeur et douleur abdominale.

Autopsie. — Kyste pancréatique, fusionné en avant avec la paroi de l'estomac, qui est dilaté, à une direction transversale et dont l'orifice pylorique est libre; adhérent en bas avec la troisième portion du duodénum, dont le calibre est notablement diminué par suite de lésions pancréatiques à ce niveau.

OBSERVATION XV

Anévrysme de l'aorte abdominale. Adhérence avec le duodénum. Mort.
Combessis.

Homme de 40 ans, malade depuis 10 mois environ. Sa maladie a débuté par des troubles digestifs; coliques peu intenses, quelques vomissements, constipation opiniâtre. Douleurs d'abord vagues, prenant une forme de plus en plus précise, se fixant à la région lombaire et de là irradiant vers la région épigastrique en ceinture et dans les lombes.

Du côté de l'épigastre, on sent une tumeur dont on ne peut préciser la nature. Malade pâle, amaigri.

Diagnostic. — Carcinome du pancréas ou environs. Mort.

Autopsie. — Estomac distendu par des gaz, projeté en avant, mais sain; pancréas normal, et derrière lui une tumeur oblongue longitudinalement et du volume des deux poings. Elle occupe la ligne médiane, proéminent du côté gauche et comprimant le rein gauche et son tissu. La paroi antérieure semblait formée de tissu cellulaire fort épaissi, comme fibreux, qui unissait le rein à la tumeur médiane. La troisième portion du duodénum y était adhérente, ainsi que la veine cave inférieure.

OBSERVATION XVI

Tumeur fibro-plastique du mésentère. Compression duodénale. Dilatation de l'estomac. Mort.

Augagneur, résumé.

François C..., 60 ans, entre à Lariboisière, chez M. Duguet, le 23 septembre 1874, pour tumeur du ventre dont le développement rapide l'inquiète.

Antécédents. — Fièvre intermittente, blennorrhagie, pleurésie gauche.

Il y a trois mois, il fut pris de vomissements, après lesquels le calme revint.

Depuis les vomissements ont repris, verdâtres, réitérés et abondants, l'appétit et l'embonpoint sont disparus.

On sent une énorme tumeur occupant la moitié supérieure de l'abdomen, ferme, indolente, arrondie, assez mobile.

Estomac distendu contenant du gaz et des liquides.

27 septembre. — Continuation des vomissements, malgré glace et potion de Rivière.

29 septembre. — Vomissements bilieux. Traits altérés.

1^{er} octobre. — Mort.

Autopsie. — Enorme tumeur charnue soulevant la paroi antérieure de l'abdomen, reposant sur la colonne vertébrale, refoulant le foie et la rate en haut et en arrière, embrassant par son bord supérieur l'estomac qui est dilaté et contient encore beaucoup de bile à peu près pure.

La tumeur a pour point de départ le mésentère: « Elle comprime à droite le duodénum au-dessous de l'ampoule de Vater, ce qui rend compte des vomissements bilieux devenus à la fin incoercibles, la bile étant forcée de remonter dans l'estomac à

mesure qu'elle s'écoulait dans l'intestin. Le reste de l'intestin n'offre rien à signaler. »

OBSERVATION XVII

Hydropisie enkystée des parois abdominales. Compression duodénale.

Mort.

Chevallier. Résumé.

Le 14 février 1843, est entré dans la salle de M. Caillard, à l'Hôtel-Dieu annexe, la nommée Marie J..., 59 ans.

Cette femme se plaignait d'une douleur obtuse et vague de l'hypochondre droit ; la douleur retentissait dans la partie postérieure du tronc. La face était pâle et jaunâtre.

25 avril. — Le pouls est fréquent, la malade accuse de l'oppression, et dans le côté droit une douleur assez vive.

Le lendemain et les trois jours suivants, les premiers symptômes dus à la douleur qui persiste, prennent de l'intensité. La malade accuse un élancement vif, un tiraillement augmentant par la pression, s'étendant de la région épigastrique à l'hypochondre droit ; elle a eu plusieurs vomissements dans la journée du 28 avril.

1^{er} mai. — La langue est sèche, rouge sur les bords ; des vomissements accompagnent l'ingestion des aliments ; la soif est vive, le pouls fréquent.

3 mai. — La malade continue à se plaindre de la même douleur dans le côté droit ; le pouls est tombé tout à coup, et devenu faible, petit, très fréquent.

La malade meurt le 15 mai, n'ayant pris aucune nourriture du 13 au 15, si ce n'est du bouillon, qu'elle rendait en partie.

Autopsie. — Rien au thorax ni au cœur intéressant le cas actuel. La cavité péritonéale contient une quantité de sérosité

peu abondante, et pouvant être évaluée à moins d'un litre environ. Les intestins ne présentent la trace d'aucune lésion.

Le foie est fortement soulevé, avec la région épigastrique, par une tumeur que l'on prend pour un kyste du rein. La vésicule biliaire se trouve comprimée par cette tumeur, ainsi que la partie descendante du duodénum. Cette tumeur est limitée supérieurement par la portion concave du foie, qu'elle soulève en comprimant la vésicule et le duodénum. Inférieurement elle est entourée par les circonvolutions intestinales, et en rapport avec la portion inférieure du côlon ascendant. Son côté interne se trouve en contact avec la colonne vertébrale et le psoas ; son côté externe se trouve immédiatement en rapport avec les parois abdominales correspondant au flanc droit ; le péritoine paraît être comme décollé dans cette partie. Sa face postérieure touche immédiatement les muscles de la paroi abdominale postérieure. Sa face antérieure est recouverte par le péritoine.

Après dissection, on reconnaît un kyste développé en dehors de la cavité péritonéale et indépendant du rein.





CONCLUSIONS

Le duodénum peut se trouver comprimé par des agents extérieurs à lui, soit par des organes déplacés, soit par une tumeur avoisinante, soit par des brides péritonéales.

Cette compression donne naissance à des accidents d'obstruction passagers ou permanents, complets ou incomplets. La mort sera évidemment le terme d'une obstruction complète et permanente abandonnée à elle-même.

La symptomatologie que présente la compression duodénale varie avec la cause qui l'a produite ; mais il existe deux signes que nous avons retrouvés dans la plupart des observations : ce sont des vomissements presque toujours incoercibles, bilieux, si le duodénum est comprimé au-dessous de l'ampoule de Vater, et des alternatives de diarrhée et de constipation. Si la compression est permanente, et complète ou presque complète, on trouvera à l'examen l'estomac dilaté.

Le diagnostic, ne reposant sur aucun signe pathognomonique, est dès lors toujours très délicat. Si par suite de l'étude attentive des symptômes et de la marche de la maladie on arrive à soupçonner une compression duodé-

nale, on ne pourra jamais l'affirmer qu'après l'intervention.

Le traitement dépend essentiellement de la cause de la compression. Si celle-ci est due, par exemple, à un rein mobile, on comprend qu'après une néphropexie ou le port d'un bandage approprié les accidents puissent disparaître. Si elle est liée à la présence d'une tumeur de voisinage ou à l'existence d'une bride, la cure de la tumeur ou la destruction de la bride permettront seules de lever l'obstacle. Enfin, s'il est impossible de dégager le duodénum, la gastro-entérostomie restera l'unique opération à tenter.

Vu par le Président de la thèse,
TILLAUD.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

- Alfonsi.** — Th. 1876. Gastrectasie.
- Th. Anger.** — Th. 1865. Etranglement intestinal.
- Augagneur.** — Th. agrég. 1885. Tumeurs du mésentère.
- Dechambre et Lereboullet.** — Dictionnaire.
- Besnier.** — Thèse 1857. Etude sur l'occlusion de l'intestin dans la cavité de l'abdomen.
- Boas.** — Berlin. K'in. Wöch., 1891.
- Böckel.** — Gazette méd. de Strasbourg, 1890.
- Boulet.** — Th. 1856. Pronostic et diagn. des vomissements.
- Bouthet.** — Th. 1857. Diagnostic des occlusions intestinales.
- Braquehaye.** — Arch. gén. de médecine, 1892.
- Bryant.** — Lancet, 1891.
- Chevallier.** — Th. 1872. Hydropisie enkystée des parois abdominales.
- Chuquet.** — Th. 1879. Carcinome généralisé du péritoine.
- Codet.** — Th. 1881. Kystes hydatiques de la face inf. du foie.
- Combessis.** — Bull. de la Soc. anatomique, 1852.
- Cruveilhier.** — Anatomie et anat. path.
- Dacquet.** — Th. 1839. Diagnostic des anévrysmes.
- Daubeuf.** — Th. 1852. Etranglement intestinal.
- Debove.** — Lyon médical, 1887.
- Begrandmaison.** — Gazette des hôpitaux, 1890.
- Desfontaines.** — Thèse 1874. Rein mobile.
- Dezanneau.** — Revue génér. de clinique, 1891.
- Duchaussoy.** — Mémoires acad. médecine.
- Dachon-Doris.** — Th. 1885. Troubles cérébraux liés à la dilatation de l'estomac.
- Ducluzeaux.** — Thèse 1880. Dilatation de l'estomac.

- Faraggi.** — Th. 1892. Rein mobile.
- Flamm.** — Th. 1892. Traitement des affections des voies digestives.
- Fleury.** — Bull. de la Société anatomique, 1836.
- Foix.** — Th. 1874. Péritonite circonscrite à la partie supérieure de l'abdomen.
- Fougère.** — Th. Montpellier, 1887. Occlusion intestinale.
- Fontan.** — Th. 1875. Kystes du rein.
- Gaucher.** — Semaine médicale, 1892.
Gazette des hôpitaux 1879, 1832.
Gazette médicale, 1843, 1846, 1847.
- Gronnier.** — Th. 1874. Pathogénie des vomissements.
- Hayem.** — Revue des sciences médicales.
- Helsch.** — Th. 1879. Accidents dus à la présence de calculs dans la vésicule biliaire.
- Henrot.** — Th. 1865. Pseudo-étranglements internes.
- Hochhaus.** — Berlin. Klin. Woch., 1891.
- Jonnesco.** — Bull. société anat., 1889.
- Larguier des Bancel.** — Th. 1870. Etranglements internes.
- Lemonnier.** — Th. 1857. De la constipation.
- Lusseau.** — Th. 1879. Occlusion de l'intestin.
- Malibrau.** — Th. 1885. Dilatation de l'estomac.
- Marion.** — Th. 1877. Occlusion intestinale.
- Masson.** — Thèse 1857. De l'occlusion intestinale.
- Mathieu.** — Société médicale des hôpitaux, 1892.
- Monneret et Fleury.** — Compendium.
- Mony.** — Thèse 1860. Etranglement intestinal.
- Morgagni.** — De sedibus et causis morborum.
- Nicalse.** — Bull. Société de chirurgie, 1880.
- Nouët.** — Thèse 1874. Occlusion intestinale dans ses rapports avec les inflammations péri-utérines.
- Parisot.** — Th. 1891. Cancer du pancréas.
- Petibon.** — Th. 1891. Tumeurs mélaniques.
- Peyrot.** — Th. agrégation 1880. Etranglement interne.
- Benj. Philipps.** — London medico-chir. transact., 1848.
- Pirion.** — Th. 1868. Obstacles autres que les hernies au cours des matières intestinales.
- Potain.** — Semaine médicale, 1889.

- Racle.** — Diagnostic médical.
- Raiffinesque.** — Thèse 1878. Invagination intestinale chronique.
- Richardson.** — Boston med. journ., 1892.
- Rieux.** — Th. 1853. Etranglement intest.
- Rokitanski.** — Archives génér. de médecine.
- Roussel.** — Loire médicale, 1888.
- Roux.** — Th. 1890. Cancer et kystes du pancréas.
- Sappey.** — Anatomie et anatomie pathologique.
- Sawaropoulo.** — Th. 1854. Divers modes d'étranglement.
- Sigaud.** — Lyon médical, 1889.
- Tillaux.** — Anatomie et clinique chirurgicales.
- Trèves.** — Lancet, 1890
- Trèves.** — British méd. journ., 1884.
- Trousseau.** — Cliniques médicales.
Union médicale, 1850.
- Vaissette.** — Th. 1875. Sur l'abus du corset.
- Vesselle.** — Thèse 1852. Cancer du pancréas.
- Weill.** — Lyon médical, 1890.
- Weiss.** — Revue médicale de l'est.
- Wigniolle.** — Th. 1890. Lavage de l'estomac dans l'obstruction.
- Ziembicki.** — Thèse 1875. Tumeurs solides de l'ovaire.



